

DESIGUALDADES SOCIALES EN LA ESPERANZA DE VIDA EN EUSKADI

MAGNITUD Y CAMBIO 1996-2006

Osagin Txostenak 2014-1

Biztanleriaren osasunaren gaineko ikerketa eta berrikuntza
Investigación e innovación en salud poblacional

2014



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento de Salud. Gobierno Vasco

**Directora de Planificación, Ordenación
y Evaluación Sanitaria**
Maria Luisa Arteagoitia González

Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria
Santiago Esnaola

Instituto Vasco de Estadística
Enrique Morán, Martín González, Jaime Garrido

Departamento de Sociología 2. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
Unai Martín, Amaia Bacigalupe

Traducción:
IVAP. Herri Ardularitzaren Euskal Erakundea. Itzultzaile Zerbitzu Ofiziala (IZO).
Servicio Oficial de Traductores

Diseño gráfico y maquetación:
Diagonal, M&P S.L.

Autorización de uso:
Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Cita sugerida:
Esnaola S, Martín U, Bacigalupe A. Desigualdades sociales en la esperanza de vida en Euskadi.
Magnitud y cambio 1996-2006. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud. Servicio de Estudios e Investigación
Sanitaria; 2014.

Edición: 1.a Enero 2014

© Administración de la Comunidad Autónoma del
País Vasco. Departamento de Salud

Internet:
http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkosag00/es/contenidos/informacion/osagin/es_profesio/infopubli.html#a1



Populazioaren osasuna
OSAGIN
Salud poblacional

1. RESUMEN

2. INTRODUCCIÓN

2.1 ¿Qué son las desigualdades sociales en salud y por qué son relevantes?

2.2 ¿Cómo se puede actuar para reducir las desigualdades sociales en salud?: El papel de la monitorización

3. LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA ESPERANZA DE VIDA EN LA CAPV

3.1 ¿Existen desigualdades en la esperanza de vida según el nivel de estudios en la CAPV?

3.2 ¿Cuál es la magnitud de las desigualdades en la esperanza de vida a distintas edades?

3.3 ¿Es diferente la esperanza de vida entre hombres y mujeres? ¿Cómo varían estas diferencias según el nivel de estudios?

3.4 ¿Cómo han cambiado el nivel de estudios y la esperanza de vida en los últimos años?

3.5 ¿Cómo han cambiado las desigualdades sociales en la esperanza de vida en los últimos años?

4. CONCLUSIONES

4.1 ¿Cuáles son los principales resultados sobre las desigualdades sociales en la esperanza de vida en la CAPV y cómo se relacionan con lo observado en otros países?

4.2 ¿Qué implicaciones tienen estos resultados?

ANEXO 1: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

ANEXO 2: TABLA

ANEXO 3: FIGURAS

REFERENCIAS

1.

RESUMEN

El Plan de Salud 2002-2010 de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) impulsó la monitorización de las desigualdades sociales en salud, como base para impulsar políticas de promoción de la equidad en salud. En este documento se describe la magnitud de las desigualdades sociales en la esperanza de vida en los hombres y mujeres de la CAPV durante el periodo 2001-2006, así como su cambio entre 1996-2001 y 2001-2006.

Durante el periodo 2001-2006, la esperanza de vida a los 30 años siguió un claro gradiente según el nivel de estudios en ambos sexos. En los hombres, la esperanza de vida de los que no tenían estudios formales fue 7,6 años inferior a los de estudios universitarios; en las mujeres, la diferencia fue de 5,8 años. En ambos sexos, las desigualdades en la esperanza de vida se produjeron a todas las edades consideradas y fueron mayores en las edades más jóvenes. La esperanza de vida a los 30 años de edad en las mujeres fue 7,1 años mayor que en los hombres. Esa diferencia, o déficit masculino, fue más evidente en la población con menor nivel de estudios.

Al comparar los periodos 1996-2001 y 2001-2006, si bien la esperanza de vida aumentó en ambos sexos y en todos los grupos de edad, el cambio fue distinto según el sexo y el nivel de estudios. En los hombres, la ganancia en la esperanza de vida fue mayor en los que tenían estudios formales; fruto de esa evolución, la brecha en la esperanza de vida entre los hombres sin estudios formales y los universitarios pasó de 6,5 a 7,6 años. Además, el impacto total de las desigualdades en los hombres de 30 años aumentó, tanto en términos absolutos (6,05 años en 1996-2001 y 6,35 años en 2001-2006) como relativos (13,8 y 14,1% respectivamente). En las mujeres, la esperanza de vida a los 30 años disminuyó en las que no tenían educación formal y en las universitarias, mientras que aumentó en el resto; la brecha entre esos dos grupos extremos aumentó de 5,3 a 5,8 años. El impacto total de las desigualdades en las mujeres de 30 años disminuyó, tanto en términos absolutos (5,12 años en 1996-2001 y 4,75 años en 2001-2006) como relativos (9,8 y 9,0% respectivamente).

Estos resultados muestran que las desigualdades sociales en la esperanza de vida en la CAPV son muy relevantes y que esencialmente han aumentado en

el cambio del milenio. La evolución observada acentúa la necesidad de las actuaciones intersectoriales y sanitarias propuestas por el Plan de Salud para promover la equidad en salud.

2.

INTRODUCCIÓN

Este informe describe la magnitud de las desigualdades sociales en la esperanza de vida en los hombres y mujeres de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), así como su evolución en los últimos años. En primer lugar, se describirá brevemente qué son las desigualdades sociales en salud, su origen y las intervenciones que pueden ser desarrolladas para reducirlas. En segundo lugar, se detallarán los resultados específicos sobre la evolución de las desigualdades sociales en la esperanza de vida en la CAPV entre los periodos 1996-2001 y 2001-2006, para pasar a un último apartado de conclusiones e implicaciones prácticas sobre tales resultados. Una descripción detallada de la metodología utilizada en el estudio puede consultarse en el [Anexo 1](#). [+ Ver a pantalla completa](#)

2.1

¿Qué son las desigualdades sociales en salud y por qué son relevantes?

La salud es una aspiración humana universal. De hecho, el desarrollo de una sociedad puede juzgarse por la calidad de la salud de su población, por cuán equitativamente se distribuye a través de los grupos sociales y por el grado de protección que la sociedad ofrece a las personas en situación de desventaja por su situación de salud. Y sin embargo, en el mundo actual, son bien conocidas las desigualdades en la salud entre países con distinto grado de desarrollo socioeconómico, principalmente entre los países ricos y los empobrecidos del sur. También en Europa existen diferencias en la salud que son de magnitud

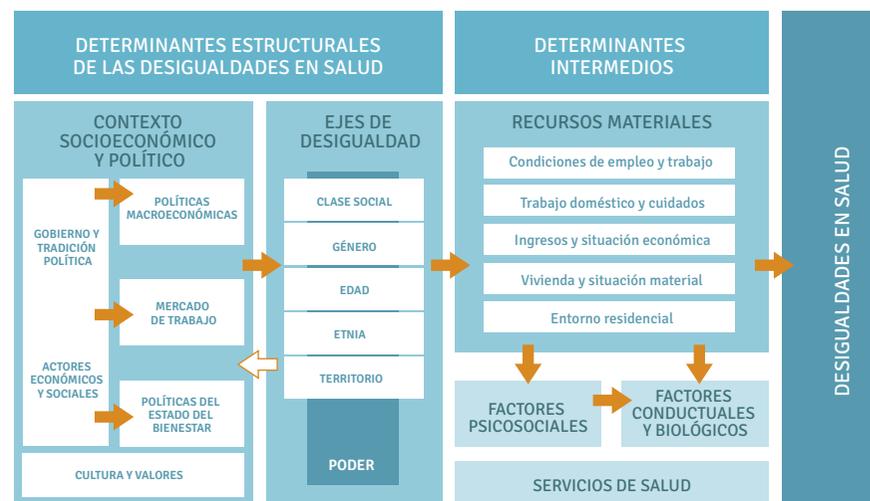
considerable. Así, en la Unión Europea la diferencia entre países en la esperanza de vida al nacimiento para las mujeres es de 9 años y de 13 años para los hombres. Pero además, el fenómeno de las desigualdades sociales en salud está presente en el interior de cada país¹. Se ha mostrado cómo, por ejemplo, en Europa, dentro de una misma región, la diferencia en la esperanza de vida entre áreas pequeñas puede superar los 20 años². En el estado español, también se produce una distribución territorial que sigue un claro patrón geográfico norte-sur claramente marcado, con una mayor esperanza de vida en el norte, en hombres y en mujeres³.

Al hablar de desigualdades sociales en salud nos referimos a las diferencias sistemáticas en la salud entre grupos sociales que tienen distintos niveles de desventaja. Estas diferencias se dan a lo largo de varios ejes de estratificación social, y se originan en las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio de residencia, etnia o lugar de nacimiento, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos⁴. Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son enormes, y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al producido por la mayoría de factores de riesgo de enfermarse conocidos⁵. También es importante tener presente que la evidencia científica señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas⁴, y que por lo tanto son evitables y, como tales, injustas. Esta es la razón por la que solemos hacer sinónimos los términos de “desigualdades sociales en salud” y el de “inequidades en salud”.

Con frecuencia entendemos que estas desigualdades sociales en salud ocurren al comparar a los grupos extremos en la escala social (las personas más ricas con las más pobres, las de mayor nivel de estudios con las analfabetas, o las zonas más prósperas con las empobrecidas). Sin embargo, esta forma de ver la realidad ignora una característica fundamental de las desigualdades sociales en salud, su carácter gradual, lo que hace que hablemos de la existencia de un gradiente social en la salud. Así, con muy pocas excepciones, la evidencia muestra que la salud empeora a medida que descendemos en la escala socioeconómica. En consecuencia, las desigualdades sociales en salud no afectan únicamente a las personas que están en la parte inferior de la escala social, a las más pobres de las pobres, sino que atraviesa al conjunto de la sociedad⁶.

Figura 1 + [Ver a pantalla completa](#)

Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España



Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010⁷

2.2 ¿Cómo se puede actuar para reducir las desigualdades sociales en salud? : El papel de la monitorización

El marco conceptual de los determinantes de las desigualdades en salud de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España⁷ (Figura 1) ya muestra cuáles son los factores sobre los que debería actuarse para reducir las desigualdades sociales en salud. Entre sus recomendaciones prioritarias, se recogieron acciones encaminadas a influir sobre las siguientes áreas: (1) La distribución del poder, la riqueza y los recursos; (2) Las condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital; (3) Los entornos favorecedores de la salud; (4) Los servicios sanitarios y (5) La información, vigilancia, investigación y docencia.

En relación al último punto, el buen gobierno de las políticas para impulsar la equidad en salud se basa en el conocimiento de las características y la evolución de las desigualdades sociales en salud. La vigilancia o monitorización de las desigualdades en salud es, así, necesaria para orientar y evaluar las políticas de salud, identificar problemas de salud y grupos de población que precisan mayores esfuerzos preventivos y de promoción de la salud, y para facilitar la rendición de cuentas^{8,9}.

La importancia creciente de la equidad en salud ha hecho que la reducción de las desigualdades sociales en salud sea un objetivo prioritario de las políticas de salud en la CAPV. Por ello, el Plan de Salud 2002-2010 ya incluyó las desigualdades sociales en salud como una de sus áreas prioritarias¹⁰ y tal compromiso se ha vuelto a plasmar en el Plan de Salud 2013-2020¹¹. Entre las acciones que señaló el Plan de Salud de la CAPV 2002-2010 destacaron la monitorización de las desigualdades en salud mediante el desarrollo de los sistemas de información sanitaria y la producción de estadísticas periódicas del nivel de salud según la clase social. En este contexto, se puso en marcha una operación estadística que permitió avanzar en el conocimiento al respecto, a partir de la descripción de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad para el periodo 1996-2001, usando información censal de la posición socioeconómica individual¹².

En este documento se da continuidad a ese trabajo y se describen las desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida en la población de 30 y más años de la CAPV durante el periodo 2001-2006, así como su evolución entre los periodos 1996-2001 y 2001-2006.

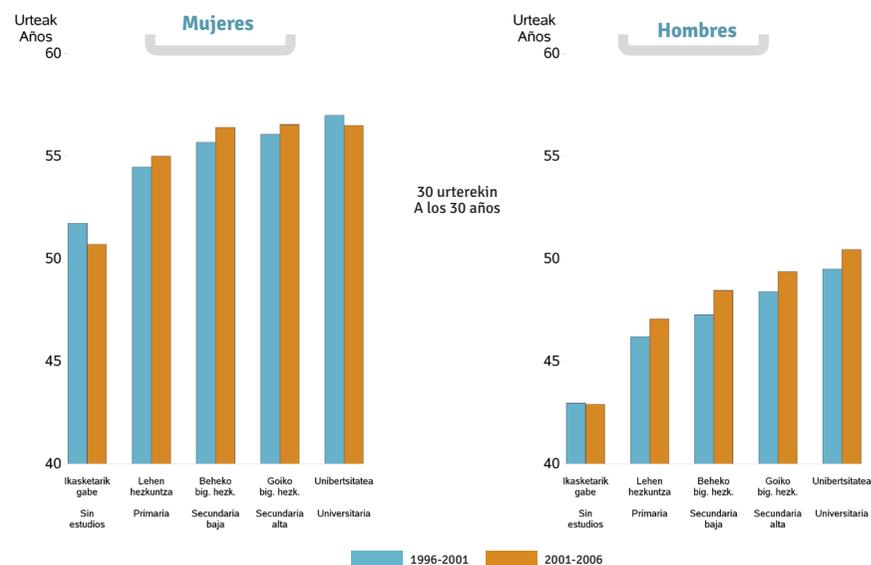
3. LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA ESPERANZA DE VIDA EN LA CAPV

3.1 ¿Existen desigualdades en la esperanza de vida según el nivel de estudios en la CAPV?

En la CAPV, durante el periodo 2001-2006 la esperanza de vida a los 30 años siguió un claro gradiente según el nivel de estudios en ambos sexos.

Figura 2a  [Ver a pantalla completa](#)

Evolución de la esperanza de vida a los 30 años según el nivel de estudios, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV



Las diferencias no se produjeron únicamente entre los dos grupos extremos del nivel de estudios (7,6 años en hombres y 5,8 en mujeres), sino que la esperanza de vida descendió gradualmente a medida que lo hizo el nivel de estudios

En los hombres, mientras que los de estudios universitarios esperaban vivir 50,4 años, la esperanza de vida de los que no tenían estudios formales fue 7,6 años inferior, es decir, de

42,9 años. Las diferencias no se produjeron únicamente entre estos dos grupos extremos, sino que la esperanza de vida descendió gradualmente a medida que lo hizo el nivel de estudios. La mayor diferencia en la esperanza de vida, entre categorías contiguas del nivel de estudios, fue de 4,3 años y se produjo entre quienes tenían estudios primarios y los que no tenían estudios formales.

En las mujeres, la esperanza de vida también descendió a medida que lo hizo el nivel de estudios. (Figura 2a + Ver a pantalla completa) Así, mientras que en las de nivel de estudios universitarios la esperanza de vida a los 30 fue de 56,5 años, en las mujeres sin estudios fue de 50,7 años, es decir, 5,8 años menor. Aunque de una manera menos pronunciada que en el caso de los hombres, las diferencias en la esperanza de vida no solamente se produjeron entre los niveles extremos sino que siguieron un gradiente. Al igual que en los hombres, la mayor diferencia en la esperanza de vida entre categorías contiguas del nivel de estudios se dio entre las mujeres sin estudios y aquéllas con estudios primarios, y alcanzó los 4,2 años.

3.2 ¿Cuál es la magnitud de las desigualdades en la esperanza de vida a distintas edades?

Las desigualdades sociales en la esperanza de vida se produjeron a todas las edades consideradas, es decir, tanto a los 30, como a los 45 y los 65 años, de forma que, en todos los casos, la esperanza de vida fue menor a medida que descendió el nivel de estudios. (Figura 2 y Tabla 1 + Ver a pantalla completa) Sin embargo, las desigualdades en términos absolutos -considerando la diferencia absoluta en el número de años que se esperan vivir- fueron mayores en las edades más jóvenes, mientras

que en términos relativos -teniendo en cuenta la diferencia porcentual del número de años - las desigualdades en las mujeres fueron mayores a los 65 años, mientras que en los hombres continuaron siendo superiores a los 30 años.

Figura 2 + Ver a pantalla completa

Evolución de la esperanza de vida a los 30, 45 y 65 años según el nivel de estudios, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV

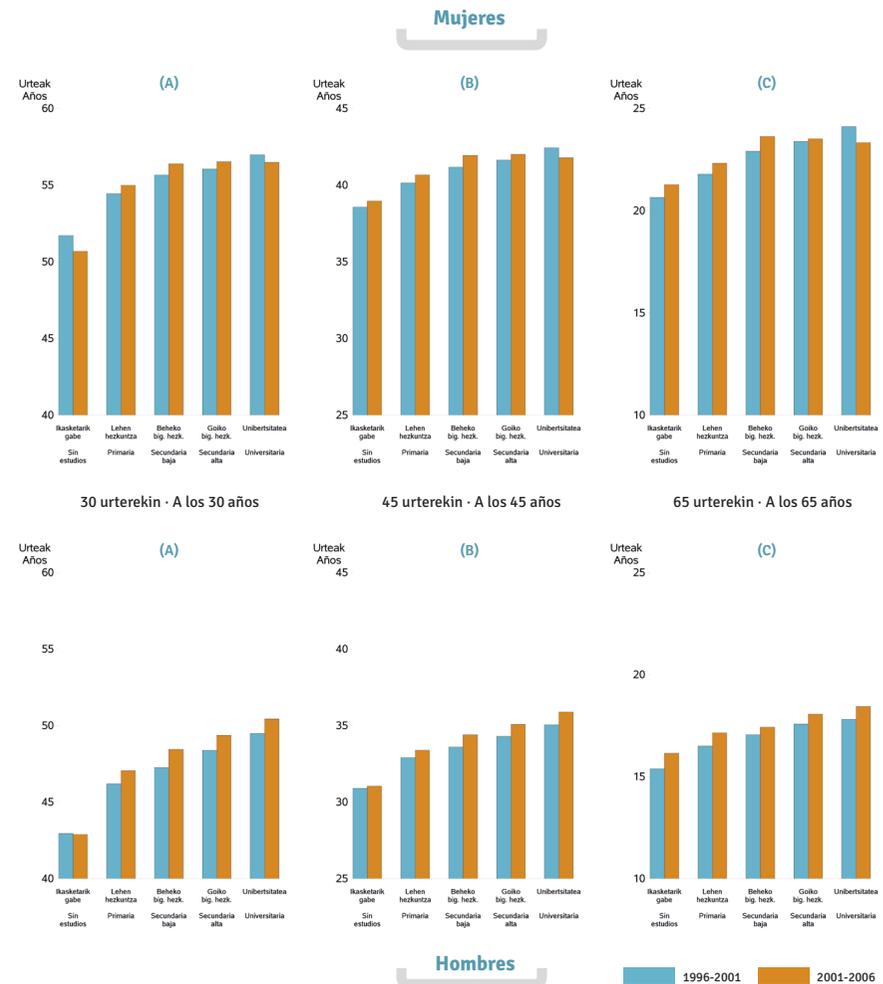


Tabla 1 [+ Ver a pantalla completa](#)

Evolución de la esperanza de vida en la población de 30 y más años según el nivel de estudios, CAPV, 1996-2001 y 2001-2006

	Sin estudios	Primaria	Sec. inferior	Sec. superior	Terciaria	Brecha	IDP	IRD(%)
Mujeres								
A los 30 años								
1996-2001	51,7	54,5	55,7	56,1	57,0	5,3	5,1	9,8
2001-2006	50,7	55,0	56,4	56,5	56,5	5,8	4,8	9,0
A los 45 años								
1996-2001	38,6	40,2	41,2	41,6	42,4	3,9	3,44	8,8
2001-2006	39,0	40,7	41,9	42,0	41,8	2,8	2,92	7,4
A los 65 años								
1996-2001	20,65	21,78	22,91	23,39	24,11	3,5	3,1	15,3
2001-2006	21,28	22,32	23,64	23,52	23,33	2,1	2,4	11,2
Hombres								
A los 30 años								
1996-2001	43,0	46,2	47,3	48,4	49,5	6,5	6,1	13,8
2001-2006	42,9	47,1	48,5	49,4	50,4	7,6	6,4	14,1
A los 45 años								
1996-2001	30,9	32,9	33,6	34,3	35,1	4,2	3,4	10,6
2001-2006	31,0	33,4	34,4	35,1	35,9	4,9	4,4	13,9
A los 65 años								
1996-2001	15,4	16,5	17,1	17,6	17,8	2,4	2,6	16,9
2001-2006	16,2	17,2	17,4	18,1	18,4	2,3	2,2	13,7

IDP: Índice de desigualdad de la pendiente; IRD: Índice relativo de desigualdad

3.3 ¿Es diferente la esperanza de vida entre hombres y mujeres? ¿Cómo varían estas diferencias según el nivel de estudios?

La esperanza de vida de las mujeres fue mayor que la de los hombres a todas las edades y en todos los niveles de estudios. **En el caso de la esperanza de vida a los 30 años, las mujeres esperaron vivir 7,1 años más que los hombres.**

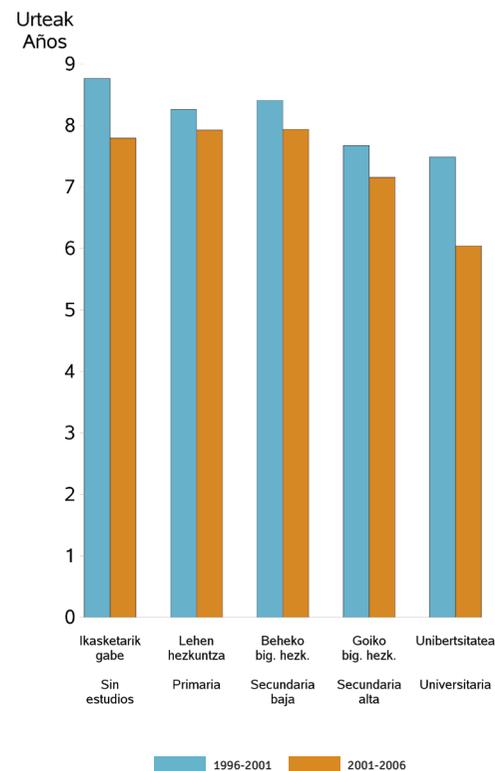
La magnitud de la diferencia entre mujeres y hombres –el déficit masculino– fue distinta según el grupo de edad o la categoría socioeconómica. **(Figura 3)** El déficit masculino fue mayor en los niveles de estudios más bajos debido al mayor descenso de la esperanza de vida según nivel de estudios en hombres que en mujeres. Así, a los 30 años, la diferencia entre hombres

y mujeres de estudios universitarios en la esperanza de vida fue de 6,1 años, mientras que en los de sin estudios esta diferencia alcanzó los 7,8 años. Así mismo, a los 65 años la menor distancia entre hombres y mujeres se produjo entre la población con estudios universitarios (4,9 años).

La distancia entre la esperanza de vida a los 30 años de hombres y mujeres – déficit masculino– fue más evidente entre la población con menor nivel de estudios

Figura 3 [+ Ver a pantalla completa](#)

Déficit masculino en la esperanza de vida a los 30 años según el nivel de estudios, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV



3.4 ¿Cómo han cambiado el nivel de estudios y la esperanza de vida en los últimos años?

El nivel de estudios de la población vasca ha mejorado entre los dos periodos analizados. Tanto en las mujeres como en las mujeres, aumentó la proporción de personas con estudios de secundaria superior o universitarios, y se mantuvo una gran diferencia entre mujeres y hombres. (Figura 4)

Por su parte, al comparar los periodos 1996-2001 y 2001-2006, la esperanza de vida también aumentó en ambos sexos y en todos los grupos de edad. (Figura 5) El aumento fue algo mayor en los hombres y en las personas más jóvenes. Así, el aumento de la esperanza de vida a los 30 años de edad fue de 0,8 años en las mujeres y de 1,2 años en los hombres, mientras que a los 65 años de edad mejoró en 0,6 y 0,7 años en las mujeres y en los hombres respectivamente.

Figura 4 [Ver a pantalla completa](#)

Distribución del nivel de estudios en la población de 30 y más años, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV

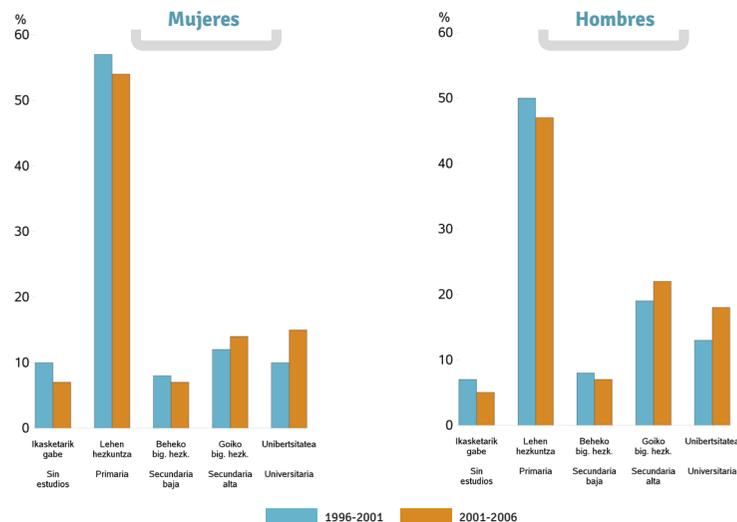
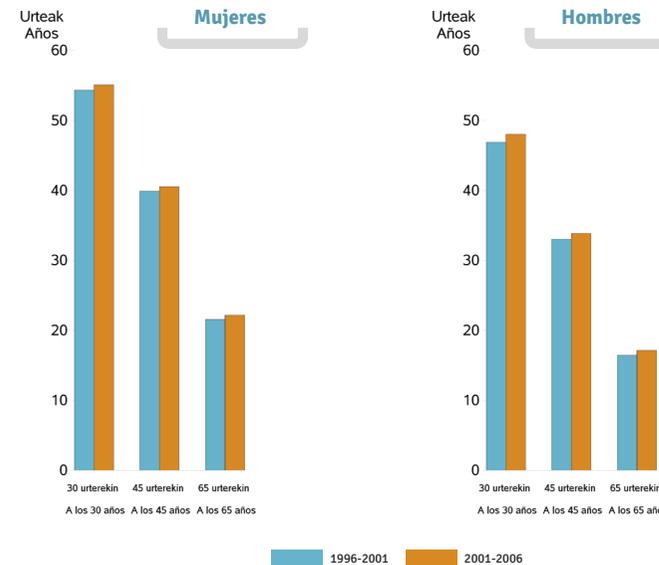


Figura 5 [Ver a pantalla completa](#)

Evolución de la esperanza de vida a los 30, 45 y 65 años, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV



3.5 ¿Cómo han cambiado las desigualdades sociales en la esperanza de vida en los últimos años?

La evolución de las desigualdades sociales en la esperanza de vida ha sido diferente en hombres y en mujeres. En los hombres, la brecha en la esperanza de vida a los 30 años entre los de estudios universitarios y sin estudios aumentó de 1996-2001 a 2001-2006, pasando de 6,5 años de diferencia a 7,6. Este hecho se produjo porque la esperanza de vida aumentó en todos los niveles de estudios salvo en la categoría de “sin estudios formales”. Considerando lo ocurrido en el conjunto de niveles educativos, se observa que las desigualdades aumentaron entre los dos periodos, pasando de 6,05 años (13,8%) a 6,35 años (14,1%). A los 45 años, la evolución de las desigualdades fue similar a lo descrito, y aumentaron tanto si tenemos en cuenta las

diferencias entre los extremos como su impacto absoluto y relativo total. En el caso de los hombres de 65 y más, sin embargo, las desigualdades descendieron levemente.

(Figura 2 [+](#) Ver a pantalla completa y Tabla 1 [+](#) Ver a pantalla completa)

En las mujeres, a los 30 años, la brecha entre los grupos extremos también creció en el periodo de 1996-2001 a 2001-2006, pasando de 5,3 a 5,8 años. Sin embargo, teniendo en cuenta las diferencias entre todos los niveles de estudios, las desigualdades se redujeron y el impacto de las desigualdades pasó de 5,12 años (9,8%) en 1996-2001 a 4,75 años (9,0%) en 2001-2006. Este cambio en las desigualdades se produjo por dos cuestiones. Por un lado, porque la evolución de la esperanza de vida disminuyó en las categorías extremas, sobre todo en las de sin estudios, mientras que aumentó en las intermedias. En segundo lugar, porque el número de mujeres en la categoría sin estudios se redujo, lo que ha disminuido su contribución al impacto total de las desigualdades en el segundo periodo. En el resto de grupos de edad, sin embargo, las desigualdades descendieron levemente, tanto al considerar las diferencias entre los extremos como el impacto total **Figura 2 y Tabla 1.**

Por último, en el caso de las diferencias entre hombres y mujeres, éstas se redujeron en el periodo de 1996-2001 a 2001-2006, pasando de 7,5 años a 7,1 años. La magnitud del descenso del déficit masculino, sin embargo, fue diferente

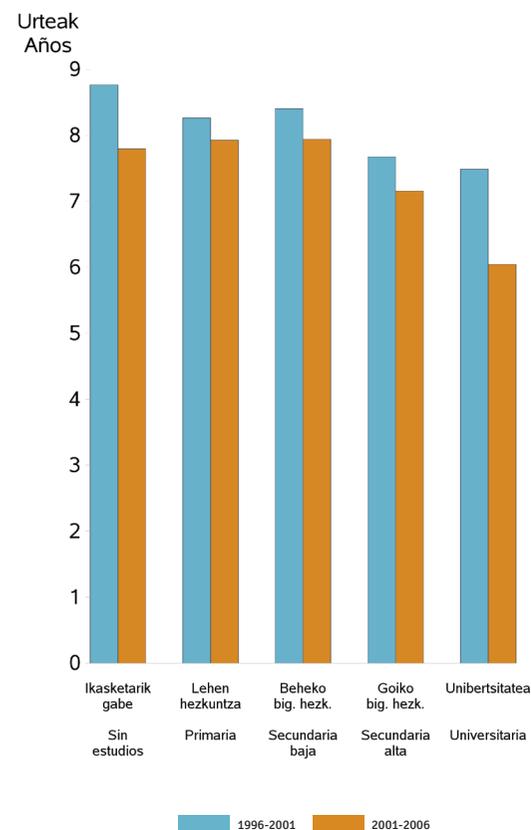
según el nivel de estudios. El mayor descenso se produjo entre las personas de estudios universitarios, en los que las diferencias entre hombres y mujeres se redujeron en 1,4 años. **(Figura 3)**

La esperanza de vida aumentó en los hombres en todos los niveles educativos, a excepción de aquéllos sin estudios formales. En las mujeres, la esperanza de vida entre aquéllas sin estudios disminuyó aunque también lo hizo entre las mujeres universitarias

Considerando el conjunto de niveles educativos, las desigualdades en la esperanza de vida aumentaron en los hombres y se redujeron en las mujeres

Figura 3 [+](#) Ver a pantalla completa

Déficit masculino en la esperanza de vida a los 30 años según el nivel de estudios, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV



4. CONCLUSIONES

4.1 ¿Cuáles son los principales resultados sobre las desigualdades sociales en la esperanza de vida en la CAPV y cómo se relacionan con lo observado en otros países?

En la actualidad, las desigualdades sociales en la esperanza de vida en la CAPV son de gran relevancia. **La diferencia en los años que las personas sin estudios formales y con enseñanza universitaria esperan vivir es equivalente al aumento producido en los últimos 30 años en la esperanza de vida en la CAPV¹³.** De ello se puede deducir que existen grupos sociales en la CAPV entre los que existe una brecha de 30 años en los cambios ocurridos en el estado de salud.

El aumento de la esperanza de vida en el conjunto de la población de la CAPV, ocurrida entre los dos periodos de estudio, se acompañó de un aumento de la brecha en la esperanza de vida entre niveles de estudios extremos en ambos sexos. Considerando, sin embargo, el conjunto de los niveles educativos y el cambio de peso que se ha producido en los mismos, las desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida disminuyeron en las mujeres y aumentaron, en cambio, en los hombres. Es de resaltar la evolución desfavorable de la esperanza de vida en las personas de ambos sexos sin educación formal y en las mujeres de estudios universitarios. Por último, hay que destacar que la esperanza de vida fue siempre superior en las mujeres, especialmente en los niveles educativos inferiores. Esa diferencia disminuyó en el periodo estudiado en todos los grupos, si bien en mayor grado en las personas con mayor nivel de estudios.

Al comparar la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la CAPV, se observa que ésta es similar a la de otras poblaciones del sur de Europa y menor a la de otras regiones europeas¹⁴.

En lo que respecta a la esperanza de vida, la comparación con otros ámbitos está limitada por la variabilidad metodológica entre los estudios publicados. Así, al analizar de forma transversal y agrupando las categorías del nivel de estudios en tres grupos, las desigualdades en la esperanza de vida en la CAPV en 1996-2001 fueron, respecto a la esperanza de vida a los 25 años en los años 1993-94, menores a las de los hombres en la ciudad de Barcelona y la Comunidad Autónoma de Madrid, y similares a las de las mujeres de Barcelona¹⁵. La brecha en la esperanza de vida por nivel de estudios en la CAPV en el periodo 2001-2006 fue menor a la de Dinamarca¹⁶ y Noruega¹⁷ en ambos sexos, marcadamente menor que las de Lituania¹⁸ y similar a la de Bélgica¹⁹.

La evolución de las desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida en el cambio del milenio en la CAPV fue más favorable que en otras poblaciones europeas, especialmente para los hombres. La brecha en la esperanza de vida por nivel de estudios aumentó en ambos sexos en Bélgica, Noruega y Dinamarca^{16,17,19}. El aumento de la brecha socioeconómica en los hombres fue mayor en esos países que en la CAPV, mientras que en las mujeres el aumento observado en la CAPV fue similar al de Noruega y Dinamarca.

4.2 ¿Qué implicaciones tienen estos resultados?

Este estudio evidencia la necesidad de avanzar en el desarrollo de políticas para reducir las desigualdades sociales en salud. Diversos organismos internacionales y estatales han elaborado recomendaciones de las políticas a llevar a cabo para reducir las desigualdades sociales en salud^{5,7}. Todos ellos ponen el acento en la necesidad de fortalecer la equidad del sistema sanitario, actuar a lo largo del ciclo de la vida (asegurando un comienzo seguro en la infancia y mejorando las condiciones de vida y de trabajo de las personas adultas y mayores), fortalecer el sistema de protección social, y desarrollar políticas intersectoriales que incorporen como meta la equidad en salud y aumenten la cohesión social y la responsabilidad mutua^{4,7}. Los resultados muestran, también, la necesidad de que las políticas para mejorar la equidad en salud consideren conjuntamente los ejes socioeconómico y de género, en consonancia con las teorías de la interseccionalidad que apuntan a que la influencia de **los diferentes ejes de**

estratificación social actúan de forma interconectada y que el análisis separado de los mismos no refleja la realidad de la acumulación de desigualdades sociales²⁰.

En buena sintonía con estos principios se encuentran las políticas recogidas en el nuevo Plan de Salud de la CAPV 2013-2020, que propone como primera meta lograr la reducción de las desigualdades sociales y de género en salud en la población de la CAPV, mejorando la situación de los grupos más desfavorecidos, a través de estrategias poblacionales e individuales¹¹.

Los resultados descritos en este estudio se produjeron durante un periodo de relativa bonanza económica, en el que aumentaron la actividad económica y el gasto en protección social, y disminuyeron el desempleo y la desigualdad de la renta^{21,22,23}. En este contexto, se produjeron desigualdades socioeconómicas en la mortalidad muy relevantes y con una evolución no deseada. La crisis económica posterior, el aumento del desempleo, y las políticas de austeridad aplicadas durante esa crisis podrían aumentar en mayor grado la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida²⁴. Estos argumentos refuerzan la necesidad de que las políticas antes descritas sean una prioridad de las políticas públicas, y de mantener los esfuerzos de monitorización de las desigualdades en la mortalidad en la CAPV. El análisis de las desigualdades en las causas de muerte que se está realizando actualmente sugerirá determinantes y puertas de entrada que deberían recibir una especial atención en el contexto de las políticas para reducir las desigualdades en salud.

El cambio desfavorable de las desigualdades en la esperanza de vida en la CAPV se ha producido en un periodo de bonanza económica, lo que podría ponernos sobre aviso de que su evolución en época de crisis puede conllevar aún peores resultados



ANEXO 1:

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Diseño, población y fuentes de información

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal de la mortalidad ocurrida durante los dos quinquenios siguientes a las fechas de referencia de las Estadísticas de Población y Vivienda de 1996 (1 de mayo de 1996) y 2001 (1 de noviembre de 2001). El primer periodo quinquenal (en adelante, 1996-2001) se extiende del 1 de mayo de 1996 al 30 de abril de 2001, y el segundo (2001-2006) del 1 de noviembre de 2001 al 31 de octubre de 2006. Se incluyó en el estudio a las personas residentes en la CAPV de 30 y más años de edad en las fechas de referencia respectivas.

El estudio se basó en el enlace de los datos del Registro de Mortalidad con los del Registro de Población de la CAPV. El enlace alcanzó al 94,2% y al 94,6% de las defunciones de los periodos 1996-2001 y 2001-2006 respectivamente. Con el fin de estimar de forma adecuada las tasas de mortalidad, los valores del número de defunciones fueron multiplicados por un factor de corrección de 1/0,942 y 1/0,946 respectivamente. Los datos de mortalidad incluyeron el sexo, la edad cumplida en la fecha de la defunción y la fecha de defunción. A partir del Registro de Población se obtuvo el nivel de estudios más alto alcanzado por cada persona. La variable nivel de estudios fue clasificada en cinco categorías, basándose en la Clasificación Internacional del Nivel de Estudios de la UNESCO²⁵: sin estudios formales, enseñanza primaria, enseñanza secundaria inferior, enseñanza secundaria superior y enseñanza universitaria.

Para cada uno de los periodos de estudio, el tiempo de seguimiento de cada persona correspondió al transcurrido entre la fecha de referencia censal y la fecha de la defunción (para las personas fallecidas) o del final del periodo de seguimiento (para las no fallecidas). Los años-persona de seguimiento fueron asignados al grupo de edad correspondiente, permitiendo la contribución de una misma persona a más de un grupo de edad.

Análisis Para cada grupo resultante del cruce de las variables periodo, sexo, grupos de edad (30-34, 35-39, ..., 80-84, 85 y más años) y nivel de estudios, se calcularon el número de defunciones y el número de años-persona de seguimiento. Se calculó la esperanza de vida a los 30, a los 45 y a los 65 años, utilizando el método abreviado de la tabla de vida, tal como fue propuesto por Chiang²⁶.

Las desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida se midieron de forma absoluta, mediante el índice de desigualdad de la pendiente, y relativa, usando el índice relativo de desigualdad. Ambas medidas tienen en cuenta la distribución socioeconómica completa y permiten, así, comparar las desigualdades en salud en diferentes periodos de tiempo²⁷. El índice de desigualdad de la pendiente mide la diferencia absoluta de la esperanza de vida, en años, entre los extremos más alto y más bajo de la escala socioeconómica. Se calculó mediante un modelo de regresión lineal ponderado por el tamaño de la población de cada grupo, en el que la variable dependiente era la esperanza de vida, y la variable independiente era el peso acumulado de cada grupo educativo en la jerarquía del nivel de estudios con valores entre 0 y 1. El índice relativo de desigualdad expresa la razón entre el valor de la esperanza de vida para el extremo más alto respecto al más bajo de la escala socioeconómica. Este índice relativo fue calculado a partir de los resultados del modelo de regresión antes citado como el cociente entre la suma de la constante y el valor de la pendiente (índice de desigualdad de la pendiente) de la variable socioeconómica, por un lado, y el valor de la constante, por el otro. Además de estas medidas, se calculó la brecha o diferencia en la esperanza de vida entre las personas con estudios universitarios y sin estudios. Todos los análisis se realizaron por separado para cada sexo.

Fortalezas y limitaciones Entre las fortalezas de este estudio cabe destacar que se trata de un estudio basado en datos enlazados con el registro de población. En el estado español, sólo la ciudad de Barcelona y la Comunidad de Madrid disponen de datos de mortalidad enlazados con un registro poblacional. Además, el diseño longitudinal utilizado en este estudio permite obtener estimaciones más válidas de las desigualdades en la esperanza de vida que los basados en datos transversales.

La proporción de defunciones no enlazadas fue relativamente baja y similar en ambos periodos, por lo que su impacto potencial en los cambios observados en las desigualdades en la esperanza de vida será presumiblemente poco relevante. Otra limitación potencial es la relacionada con la pérdida diferencial por nivel de estudios de la información a lo largo del seguimiento, especialmente la relacionada con las personas que cambiaron de residencia. Si la migración fuera de la CAPV fuera mayor en las personas con un menor nivel de estudios, que tienen una mayor mortalidad, los resultados de este estudio podrían subestimar las desigualdades en la esperanza de vida. Además, se ha utilizado como variable socioeconómica el nivel de estudios alcanzado, lo que podría subestimar las desigualdades respecto a las estimadas si se usara el nivel de estudios completados. Finalmente, las transformaciones económicas y estructurales de una sociedad pueden cambiar la asociación del nivel de estudios con otros determinantes socioeconómicos de la mortalidad, lo que es una limitación para la interpretación de este estudio en términos causales, pero no para valorar de forma descriptiva la magnitud de las desigualdades y su evolución²⁸.



ANEXO 2:

TABLA

Tabla 1: Evolución de la esperanza de vida en la población de 30 y más años según el nivel de estudios, CAPV, 1996-2001 y 2001-2006

IDP: Índice de desigualdad de la pendiente; IRD: Índice relativo de desigualdad

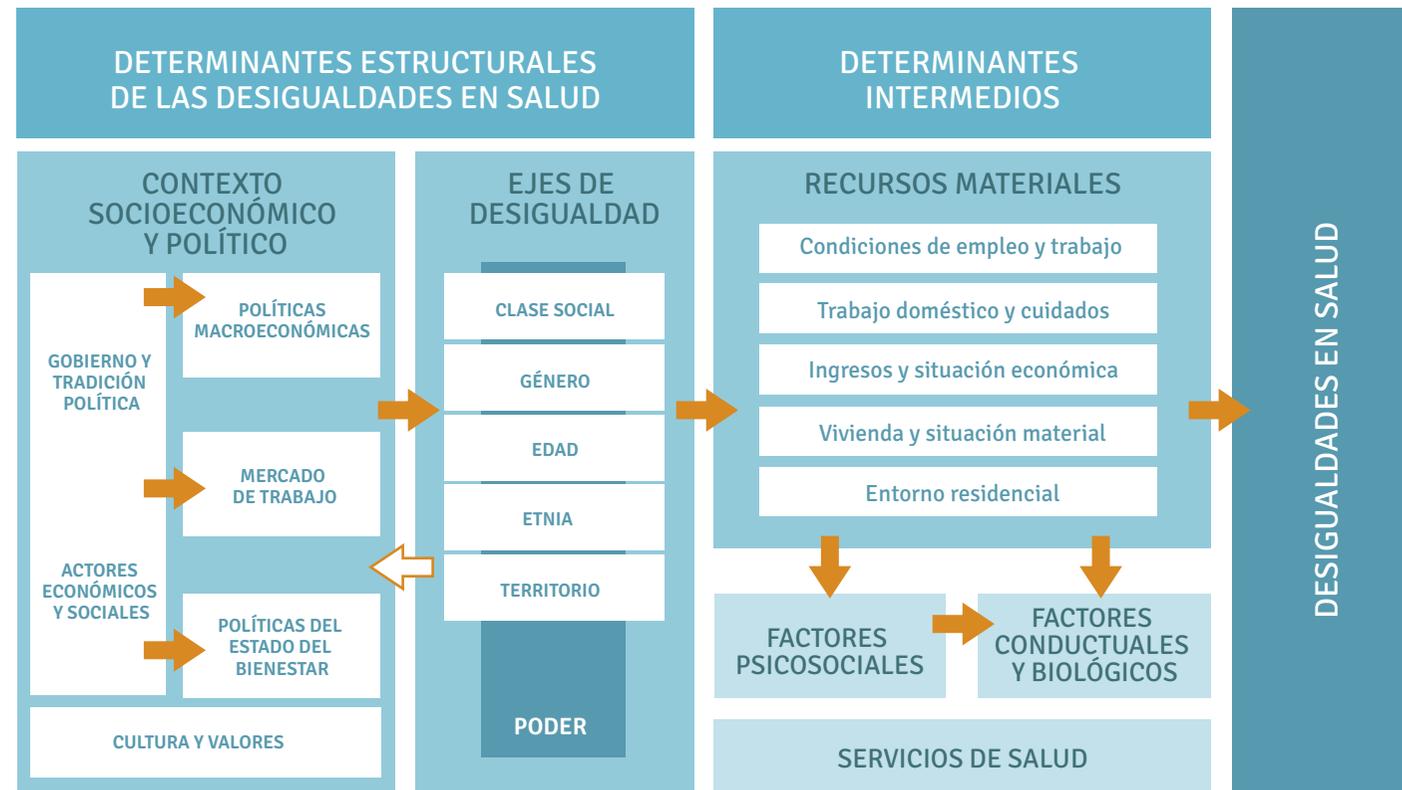
	Sin estudios	Primaria	Sec. inferior	Sec. superior	Terciaria	Brecha	IDP	IRD(%)
Mujeres	A los 30 años							
1996-2001	51,7	54,5	55,7	56,1	57,0	5,3	5,1	9,8
2001-2006	50,7	55,0	56,4	56,5	56,5	5,8	4,8	9,0
	A los 45 años							
1996-2001	38,6	40,2	41,2	41,6	42,4	3,9	3,44	8,8
2001-2006	39,0	40,7	41,9	42,0	41,8	2,8	2,92	7,4
	A los 65 años							
1996-2001	20,65	21,78	22,91	23,39	24,11	3,5	3,1	15,3
2001-2006	21,28	22,32	23,64	23,52	23,33	2,1	2,4	11,2
Hombres	A los 30 años							
1996-2001	43,0	46,2	47,3	48,4	49,5	6,5	6,1	13,8
2001-2006	42,9	47,1	48,5	49,4	50,4	7,6	6,4	14,1
	A los 45 años							
1996-2001	30,9	32,9	33,6	34,3	35,1	4,2	3,4	10,6
2001-2006	31,0	33,4	34,4	35,1	35,9	4,9	4,4	13,9
	A los 65 años							
1996-2001	15,4	16,5	17,1	17,6	17,8	2,4	2,6	16,9
2001-2006	16,2	17,2	17,4	18,1	18,4	2,3	2,2	13,7



ANEXO 3: FIGURAS

Figura 1: Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España

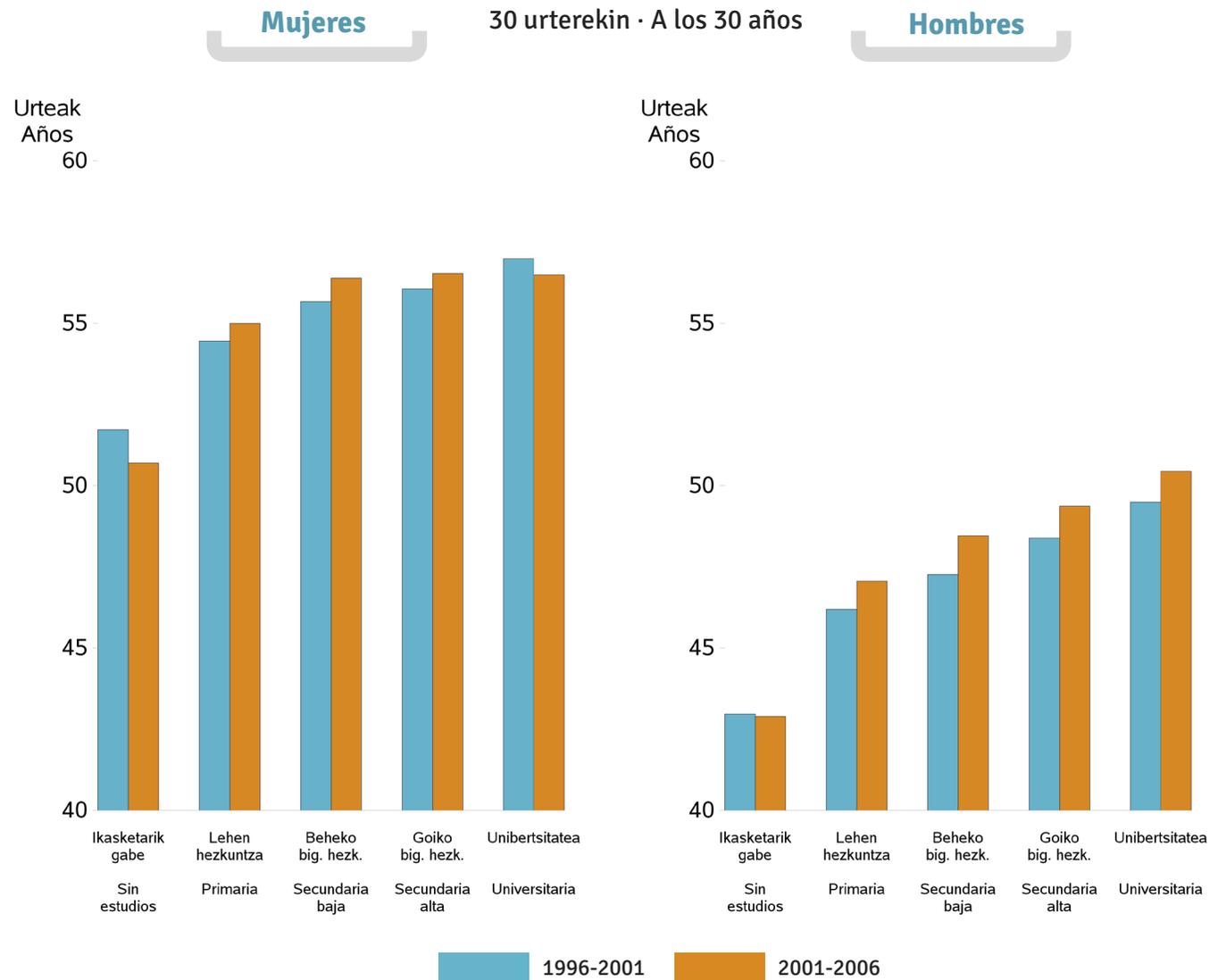
Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010⁷





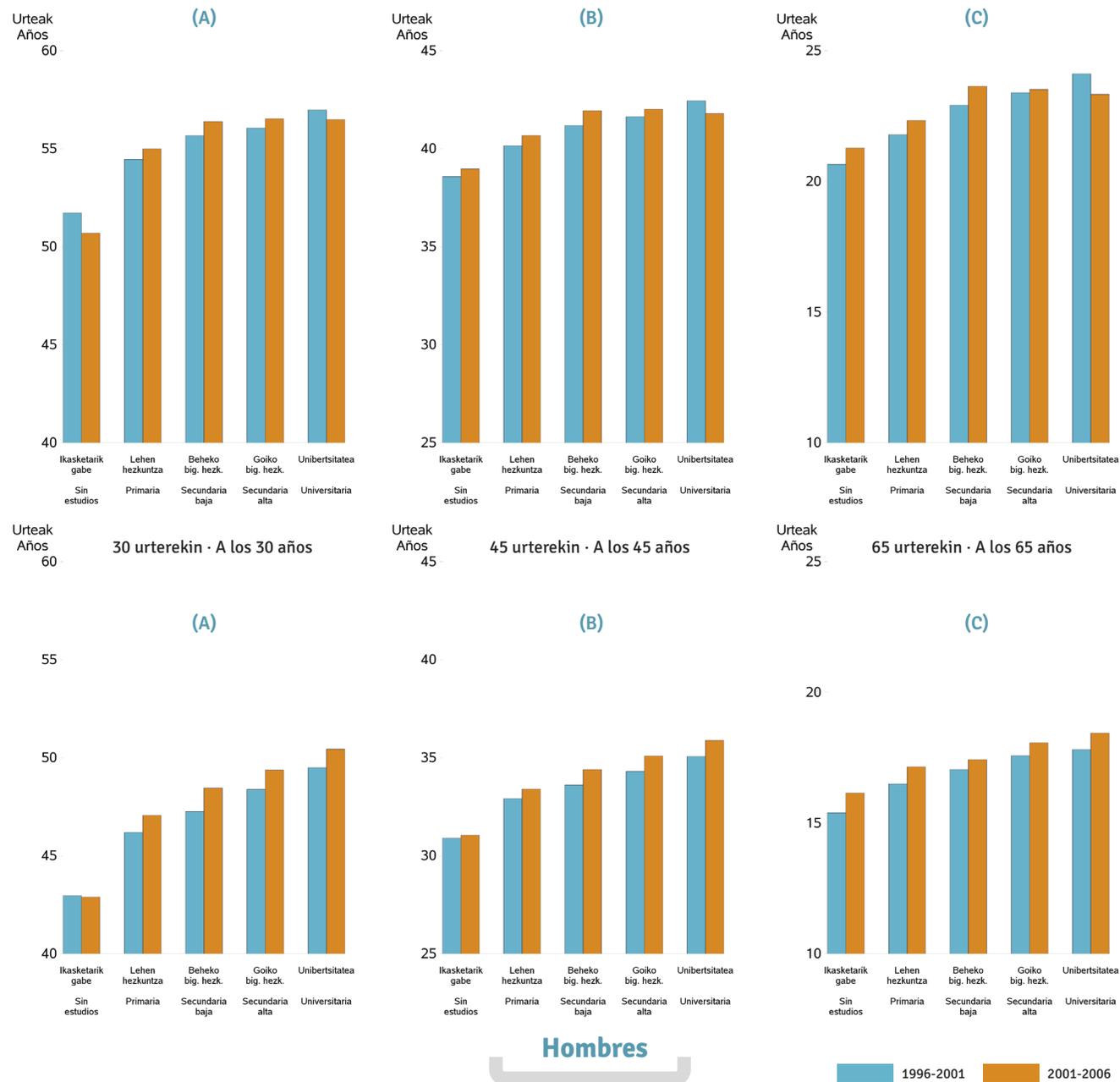
ANEXO 3: FIGURAS

Figura 2a. Evolución de la esperanza de vida a los 30 años según el nivel de estudios, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV



ANEXO 3: FIGURAS

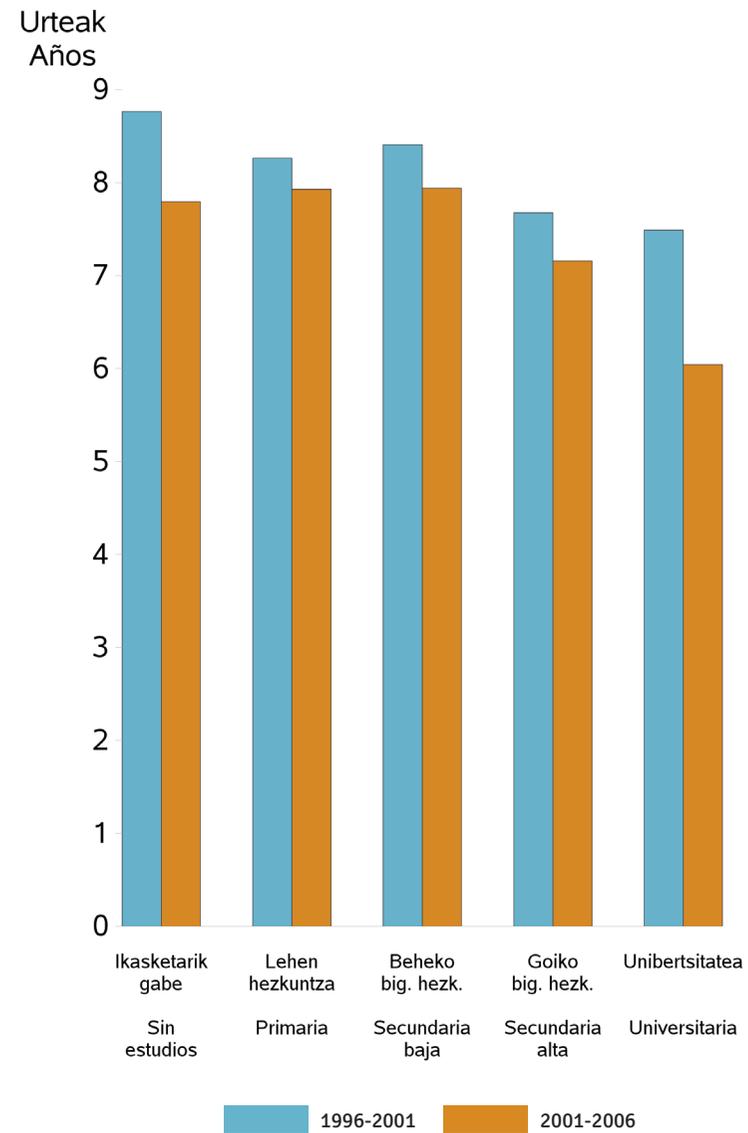
Figura 2. Evolución de la esperanza de vida a los 30, 45 y 65 años según el nivel de estudios, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV





ANEXO 3: FIGURAS

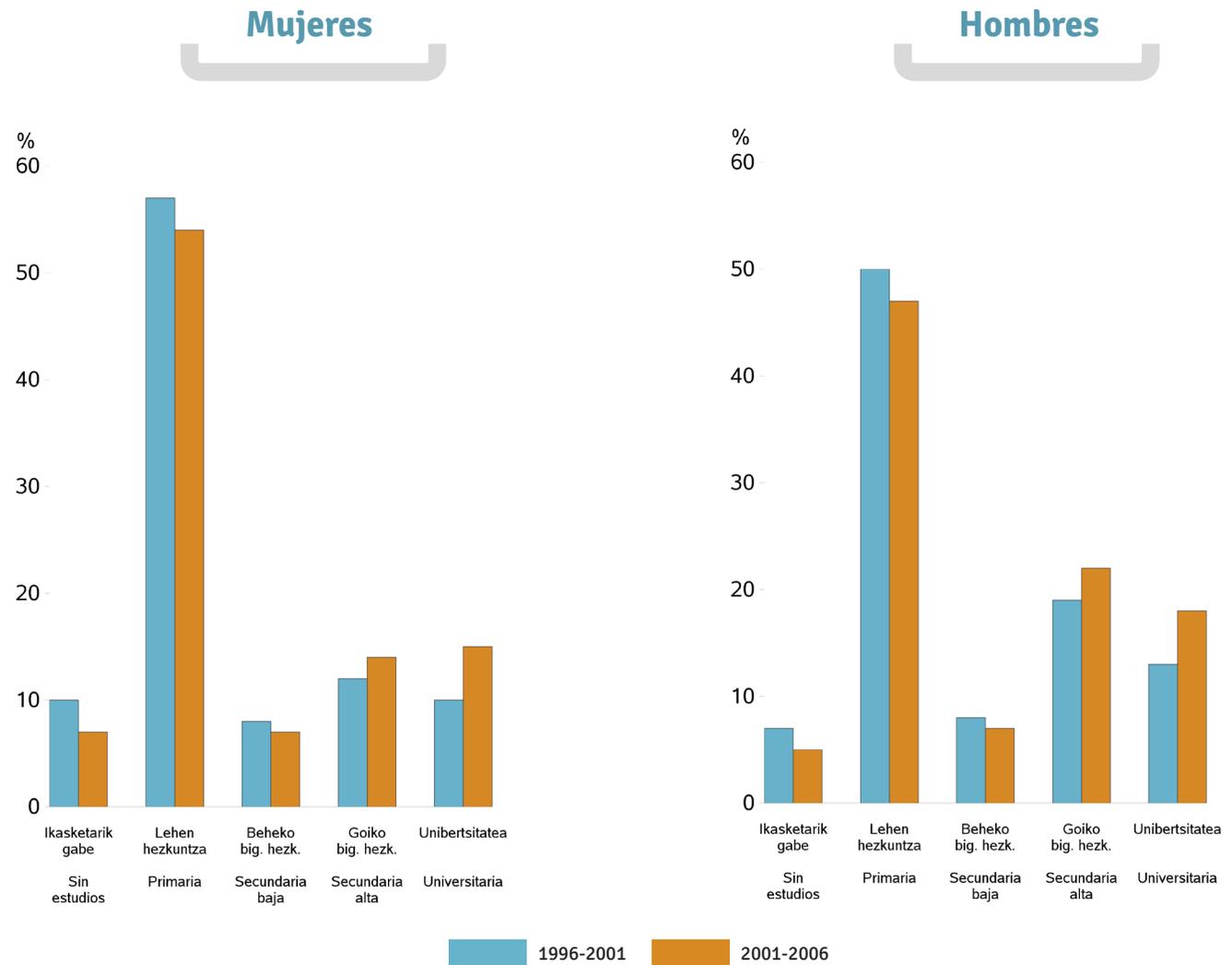
Figura 3. Déficit masculino en la esperanza de vida a los 30 años según el nivel de estudios, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV





ANEXO 3: FIGURAS

Figura 4. Distribución del nivel de estudios en la población de 30 y más años, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV

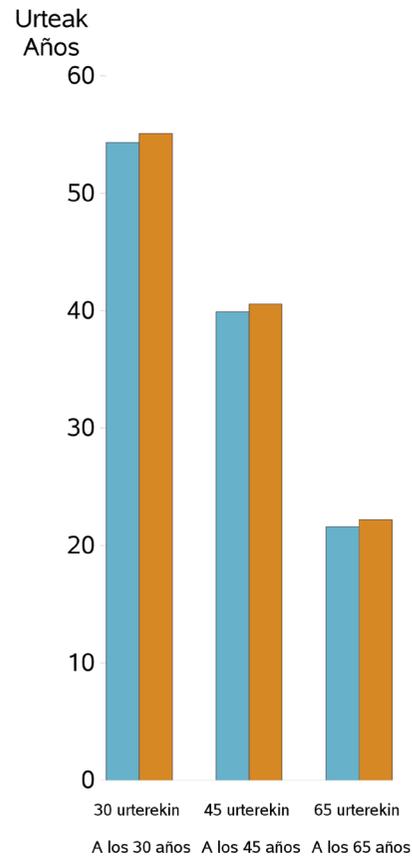




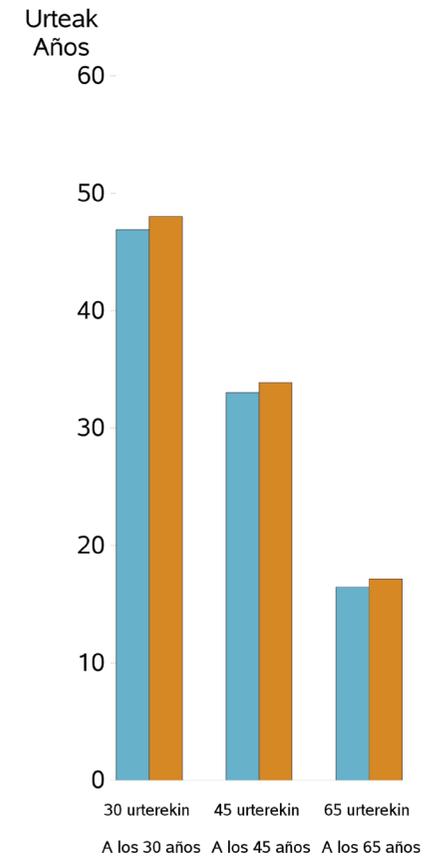
ANEXO 3: FIGURAS

Figura 5. Evolución de la esperanza de vida a los 30, 45 y 65 años, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV

Mujeres



Hombres



1996-2001 2001-2006

REFERENCIAS

1 Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007; 370: 1153-63.

2 Hanlon P, Walsh D, Whyte B. Let Glasgow flourish. Glasgow. Glasgow Centre for Population Health; 2006. Disponible en: http://www.gcph.co.uk/assets/0000/0377/LetGlasgowFlourish_full.pdf

3 Benach et al. Estudio geográfico de la mortalidad en España. Análisis de tendencias temporales en municipios o agregados de municipios. Bilbao: Fundación BBVA; 2007. Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/informe_estudio_geografico_mortalidad_tcm269-160540.pdf

4 Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health n° 2, Denmark, 2006.

5 CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

6 Graham H. Tackling Inequalities in Health in England: Remedying Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy* 2004; 33:115-131.

7 Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.

8 Braveman P. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *J Health Popul Nutr* 2003;21(3):181-192

9 Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012;380(9846):1011-29.

10 Departamento de Sanidad. Euskadirako osasun politikak: 2002-2010 Osasun plana. Políticas de salud para Euskadi: plan de salud 2002-2010. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco; 2002.

11 Departamento de Salud. Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de Salud para Euskadi, Plan de Salud 2013-2020. Borrador 3.0. Vitoria-Gasteiz; 2013

12 Departamento de Sanidad y Consumo. Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2005.

13 Eustat. Proyecciones demográficas 2020. 2009. Disponible en: http://www.eustat.es/elementos/ele0001200/ti_Proyecciones_de_poblacion_2020_Analisis_de_resultados__pdf_233KB/inf0001212_c.pdf

14 Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine*. 2008;358(23):2468-81.

15 Borrell C, Regidor E, Arias LC, et al. Inequalities in mortality according to educational level in two large Southern European cities. *Int J Epidemiol*. 1999; 28(1):58-63.

16 Bronnum-Hansen H, Baadsgaard M. Widening social inequality in life expectancy in Denmark. A register-based study on social composition and mortality trends for the Danish population. *BMC Public Health*. 2012;12(1):994.

17 Steingrimsdottir OA, Naess O, Moe JO, Groholt EK, Thelle DS, Strand BH, et al. Trends in life expectancy by education in Norway 1961-2009. *European journal of epidemiology*. 2012;27(3):163-71.

18 Kalediene R, Starkuviene S, Petrauskiene J. Inequalities in life expectancy by education and socioeconomic transition in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*. 2008;44(9):713-22.

19 Deboosere P, Gadeyne S, Van Oyen H. The 1991-2004 Evolution in Life Expectancy by Educational Level in Belgium Based on Linked Census and Population Register Data. *European Journal of Population*. 2009;25:175-96.

20 Schulz AJ, Mulling L, eds. Gender, race, class, and health: intersectional approaches. San Francisco: Jossey Bass; 2006

21 Eustat. Cuenta de la protección social. Varios años. Disponible en: http://www.eustat.es/estadisticas/tema_192/opt_0/ti_Cuenta_de_la_Proteccion_Social/temas.html#axzz2qZP7EkJp

22 Eustat. Encuesta de Población en relación con la actividad (PRA). Varios años. Disponible en: http://www.eustat.es/estadisticas/clave_4/ti_Poblacion_en_relacion_con_la_actividad/coyuntura.html#axzz2qZP7EkJp

23 Antón Murillo FJ, Colinas Santos JA, Iruarrizaga Presa R. La desigualdad en la distribución de la renta en Euskadi (1986-2012). Vitoria-Gasteiz: Departamento de Hacienda y Finanzas. Gobierno Vasco; 2013.

24 Stuckler D, Basu S. Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Taurus; 2013

25 ISCED: International Standard Classification of Education. Disponible en: http://www.uis.unesco.org/Education/ISCEDMappings/Documents/North%20America%20and%20Western%20Europe/Spain_ISCED_mapping.xls

26 Chiang CL. *The Life Table and its Applications*. Malabar, FL: Robert E. Krieger Publishers, 1984.

27 Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997; 44:757-71.

28 Chen JT, Beckfield J, Waterman PD, Krieger N. Can Changes in the Distributions of and Associations Between Education and Income Bias Temporal Comparisons of Health Disparities? An Exploration



Internet:
http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkosag00/es/contenidos/informacion/osagin/es_profesio/infopubli.html#a1



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD



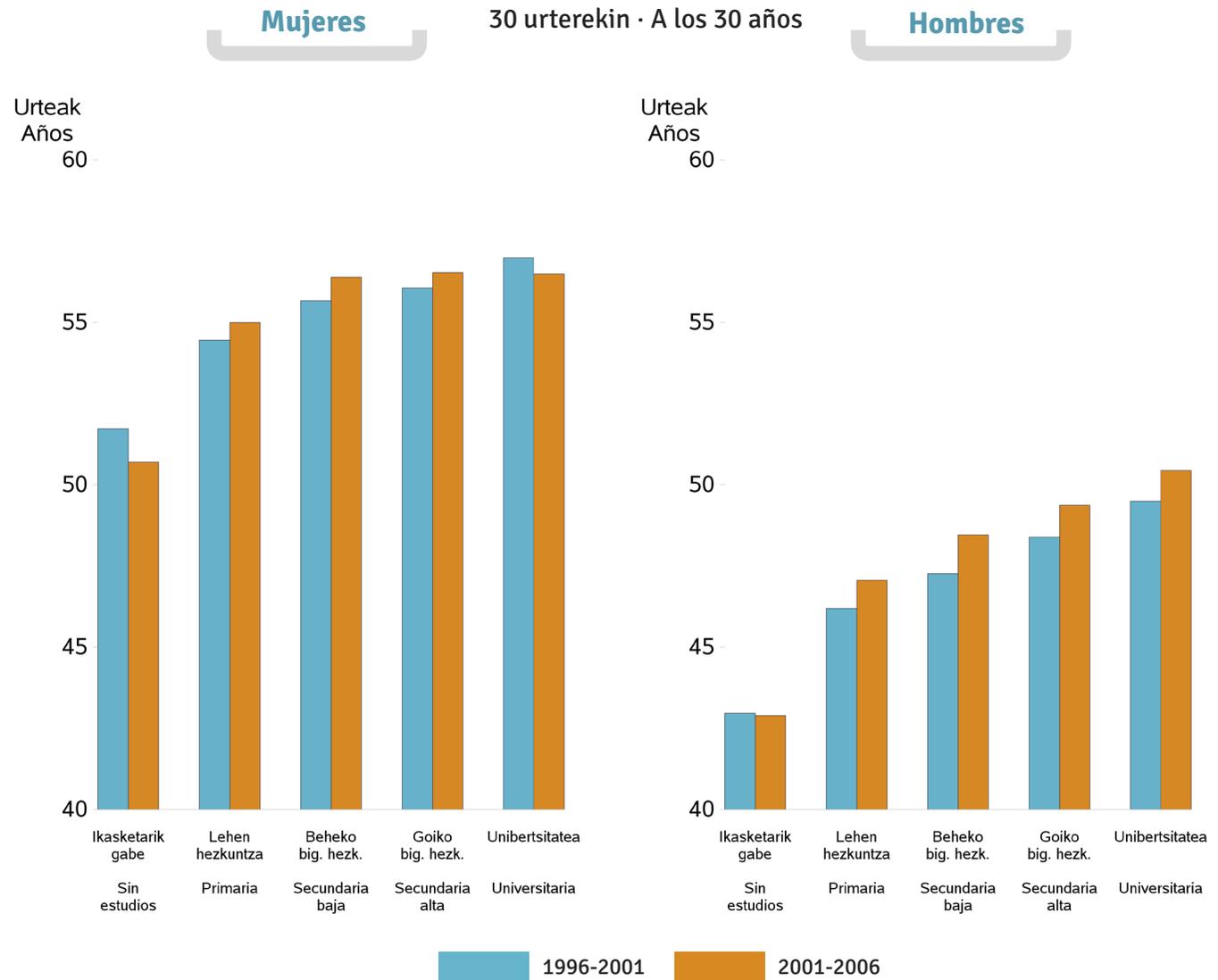
ENLACES
PUBLICACIÓN DIGITAL

Estas páginas no son
necesarias para la
publicación impresa.



ANEXO 3: FIGURAS

Figura 2a. Evolución de la esperanza de vida a los 30 años según el nivel de estudios, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV





ANEXO 2:

TABLA

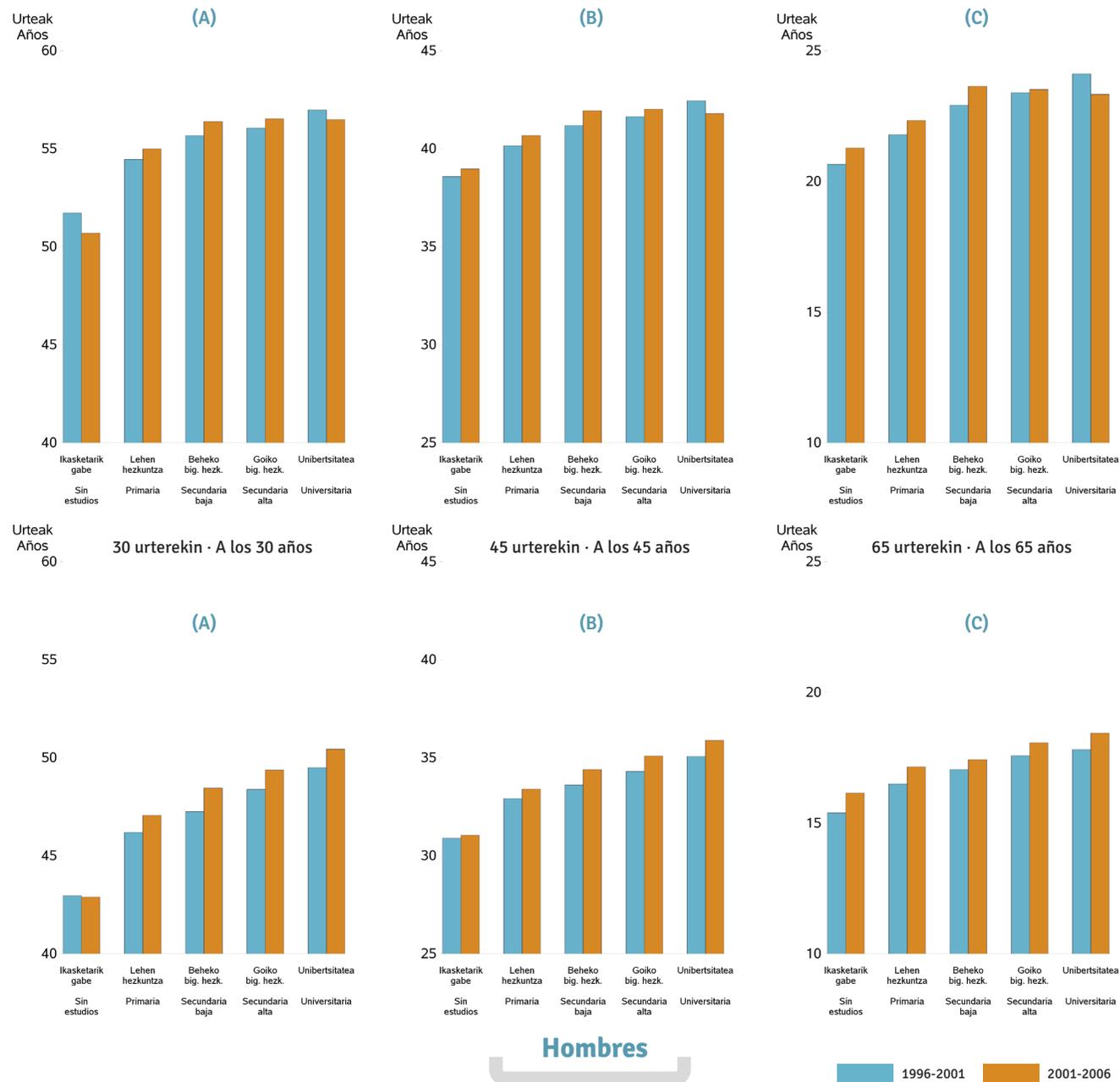
Tabla 1: Evolución de la esperanza de vida en la población de 30 y más años según el nivel de estudios, CAPV, 1996-2001 y 2001-2006

IDP: Índice de desigualdad de la pendiente; IRD: Índice relativo de desigualdad

	Sin estudios	Primaria	Sec. inferior	Sec. superior	Terciaria	Brecha	IDP	IRD(%)
Mujeres	A los 30 años							
1996-2001	51,7	54,5	55,7	56,1	57,0	5,3	5,1	9,8
2001-2006	50,7	55,0	56,4	56,5	56,5	5,8	4,8	9,0
	A los 45 años							
1996-2001	38,6	40,2	41,2	41,6	42,4	3,9	3,44	8,8
2001-2006	39,0	40,7	41,9	42,0	41,8	2,8	2,92	7,4
	A los 65 años							
1996-2001	20,65	21,78	22,91	23,39	24,11	3,5	3,1	15,3
2001-2006	21,28	22,32	23,64	23,52	23,33	2,1	2,4	11,2
Hombres	A los 30 años							
1996-2001	43,0	46,2	47,3	48,4	49,5	6,5	6,1	13,8
2001-2006	42,9	47,1	48,5	49,4	50,4	7,6	6,4	14,1
	A los 45 años							
1996-2001	30,9	32,9	33,6	34,3	35,1	4,2	3,4	10,6
2001-2006	31,0	33,4	34,4	35,1	35,9	4,9	4,4	13,9
	A los 65 años							
1996-2001	15,4	16,5	17,1	17,6	17,8	2,4	2,6	16,9
2001-2006	16,2	17,2	17,4	18,1	18,4	2,3	2,2	13,7

ANEXO 3: FIGURAS

Figura 2. Evolución de la esperanza de vida a los 30, 45 y 65 años según el nivel de estudios, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV





ANEXO 2:

TABLA

Tabla 1: Evolución de la esperanza de vida en la población de 30 y más años según el nivel de estudios, CAPV, 1996-2001 y 2001-2006

IDP: Índice de desigualdad de la pendiente; IRD: Índice relativo de desigualdad

	Sin estudios	Primaria	Sec. inferior	Sec. superior	Terciaria	Brecha	IDP	IRD(%)
Mujeres	A los 30 años							
1996-2001	51,7	54,5	55,7	56,1	57,0	5,3	5,1	9,8
2001-2006	50,7	55,0	56,4	56,5	56,5	5,8	4,8	9,0
	A los 45 años							
1996-2001	38,6	40,2	41,2	41,6	42,4	3,9	3,44	8,8
2001-2006	39,0	40,7	41,9	42,0	41,8	2,8	2,92	7,4
	A los 65 años							
1996-2001	20,65	21,78	22,91	23,39	24,11	3,5	3,1	15,3
2001-2006	21,28	22,32	23,64	23,52	23,33	2,1	2,4	11,2
Hombres	A los 30 años							
1996-2001	43,0	46,2	47,3	48,4	49,5	6,5	6,1	13,8
2001-2006	42,9	47,1	48,5	49,4	50,4	7,6	6,4	14,1
	A los 45 años							
1996-2001	30,9	32,9	33,6	34,3	35,1	4,2	3,4	10,6
2001-2006	31,0	33,4	34,4	35,1	35,9	4,9	4,4	13,9
	A los 65 años							
1996-2001	15,4	16,5	17,1	17,6	17,8	2,4	2,6	16,9
2001-2006	16,2	17,2	17,4	18,1	18,4	2,3	2,2	13,7



ANEXO 3: FIGURAS

Figura 3. Déficit masculino en la esperanza de vida a los 30 años según el nivel de estudios, 1996-2001 y 2001-2006, CAPV

